



## **ARTICULANDO LA ACADEMIA CON LA INTERVENCIÓN COMUNITARIA EN SALUD MENTAL: EXPERIENCIA DESDE UNA TERAPIA OCUPACIONAL SOCIAL**

### **ARTICULATING THE ACADEMY WITH COMMUNITY INTERVENTION IN MENTAL HEALTH: THE EXPERIENCE FROM A SOCIAL OCCUPATIONAL THERAPY**

*Cristian Valderrama N<sup>1</sup>, Juan Pino M<sup>2</sup>, Saulo Guzman G<sup>3</sup>, Roxana Zolezzi G<sup>4</sup>, Rodrigo Vera A<sup>5</sup>, Pamela Seguel M<sup>6</sup>, Daniela Palma.<sup>7</sup>*

#### **RESUMEN**

Este documento sistematiza la experiencia desarrollada por el equipo docente de la escuela de Terapia Ocupacional, los estudiantes y los equipos de salud mental del Servicio de Salud Talcahuano, en los cuales se han instalado Terapeutas Ocupacionales para desarrollar funciones docentes asistenciales, en el marco de un convenio Marco entre ambas instituciones.

Desde una epistemología socioconstruccionista, se presentan los fundamentos de una Terapia Ocupacional Social, al mismo tiempo, se describe una metodología de trabajo, basada en un instrumento para la intervención social, denominado Diagnóstico situacional. En este caso aplicado al campo de la salud mental, desde la Terapia Ocupacional (TO) Social.

La experiencia otorga una visión compleja sobre los desafíos que se presentan en el ejercicio de la Terapia Ocupacional Social, rescatando los elementos éticos-políticos de esta perspectiva y su materialización, en consideración a los diversos actores e intereses involucrados en la construcción y configuración de los problemas que los sujetos de intervención, equipos de trabajo y estudiantes deben enfrentar.

Se concluye con algunos de los principales logros y metas alcanzados con esta propuesta, destacando la posibilidad de encontrar espacios de transformación social, cuando se articulan adecuadamente las miradas de los actores.

<sup>1</sup> Terapeuta Ocupacional U. de Chile. Magister en Terapia Ocupacional. Director de carrera Universidad Andres Bello, sede Concepción

<sup>2</sup> Terapeuta Ocupacional U. de Playa Ancha. Magister en Psicología Comunitaria. Secretario Académico Universidad Andres Bello, sede Concepción

<sup>3</sup> Terapeuta Ocupacional, U. de Chile. Docente Campo clínico carrera de Terapia Ocupacional Universidad Andres Bello, sede Concepción

<sup>4</sup> Terapeuta Ocupacional, U. Mayor. Docente Campo clínico carrera de Terapia Ocupacional Universidad Andres Bello, sede Concepción

<sup>5</sup> Terapeuta Ocupacional, U. de Playa Ancha.. Docente Campo clínico carrera de Terapia Ocupacional Universidad Andres Bello, sede Concepción

<sup>6</sup> Terapeuta Ocupacional, U. de Playa Ancha.. Docente Campo clínico carrera de Terapia Ocupacional Universidad Andres Bello, sede Concepción

<sup>7</sup> Terapeuta Ocupacional U. Austral. Magister en Drogodependencias. Docente Campo clínico carrera de Terapia Ocupacional Universidad Andres Bello, sede Concepción



**Palabras Claves:** Salud Mental Comunitaria, Terapia Ocupacional Social, Diagnóstico Situacional

## **ABSTRACT**

This document systematizes the experience developed by the faculty of the School of Occupational Therapy, students and mental health teams Talcahuano Health Service, in which are installed care Occupational Therapists to develop teaching duties as part of a Framework agreement between the two institutions.

From a social constructionist epistemology, the foundations of Occupational Therapy Social occur at the same time, a methodology, based on an instrument for social intervention, called Situational diagnosis is described. In this case applied to the field of mental health, since the Occupational Therapy (OT) Social.

The experience gives a complex insight into the challenges that arise in the exercise of Social Occupational Therapy, rescuing this ethical-political perspective and its realization, considering the various actors and interests involved in the construction and configuration of the elements problems that subjects intervention teams and students must face.

It concludes with some major accomplishments and goals achieved with this proposal, noting the possibility of finding spaces for social transformation, when the eyes of the actors adequately articulated.

Key words: community mental health, occupational therapy social, situational analysis

### **1. Antecedentes Contextuales, a modo de introducción**

El presente artículo representa la sistematización de un trabajo colectivo de prácticas académicas, universitarias, clínicas y comunitarias, desarrolladas por el equipo de docentes de la escuela de Terapia Ocupacional, Universidad Andres Bello, sede Concepción, vinculadas a la experiencia de trabajo en la red del Servicio de Salud Talcahuano entre los años 2012-2014, se pretende visibilizar una praxis universitaria con pertinencia y coherencia desde una lógica teórica, política y ética sustentada en una Terapia Ocupacional Social.

Se busca dar cuenta de las relaciones y articulaciones posibles de desarrollar desde un nivel macro hacia un nivel más micro; y las implicancias que tiene para el bienestar de las personas y las instituciones.

Se destaca como uno hito importante el desarrollo alcanzado hasta la fecha, dado la posibilidad de apreciar con mayor claridad algunos de los énfasis, negociaciones y alianzas, entre el mundo académico y el mundo institucional, que pretende mostrar esta experiencia.

Esta experiencia se desarrolla en el marco de un convenio docente asistencial, que se establece el año 2012, entre la Universidad Andrés Bello (UNAB) sede Concepción y el Servicio de Salud Talcahuano (SST).

Este convenio estableció que la Universidad Andrés Bello incorporaría profesionales con funciones docentes asistenciales en diversos dispositivos de la red de salud mental, especialmente Terapeutas Ocupacionales, dado que en dichos dispositivos no contaban con este recurso humano en sus dotaciones.

Durante el año 2011, se realizó un catastro de la cantidad de Terapeutas Ocupacionales que se encontraban desarrollando funciones en los distintos dispositivos de la red del Servicio de Salud de Talcahuano. Los resultados de este catastro reflejaron una carencia importante de dicho profesional, ya que existía, a esa fecha: ½ jornada de TO en gestión como asesoría al programa de Rehabilitación Psicosocial Comunitario y 1 Jornada Completa de TO en el Hospital de día Infanto Juvenil dependiente del Hospital Las Higueras.

De acuerdo a esta realidad, al interior del equipo de la carrera de Terapia Ocupacional, surge la necesidad de contar con el recurso humano que permita realizar las funciones docentes, en cuanto a los requerimientos del plan de estudios, y simultáneamente, dada la vocación de servicio público con la cual se forman los profesionales, se visualizó esta situación como una oportunidad para aportar a la atención de usuarios y el fortalecimiento de los equipos de trabajo.

Una vez, dados los resultados de la adjudicación de los campos de formación, se dio inicio al cumplimiento de los compromisos adquiridos por parte de la carrera, de tal forma que progresivamente la incorporación de los Terapeutas Ocupacionales se realizó en la siguiente secuencia:

- año 2012, 1 TO jornada completa en la unidad de salud mental y psiquiatría comunitaria del Hospital de Tome y 1 TO jornada completa en el Hospital de Día del Hospital Penco-Lirquen;
- año 2013, 1 TO media jornada en la Unidad salud mental ambulatoria (especialidades) del Hospital Penco-Lirquen, 1 TO jornada completa para el Centro de rehabilitación diurno y la comunidad terapéutica de alcohol y drogas del Hospital Las Higueras;
- año 2014, 1 TO unidad de salud mental y psiquiatría infanto-juvenil del Hospital Las Higueras. Conformando un aporte total de 5 profesionales Terapeutas Ocupacionales.

El Servicio de Salud Talcahuano tiene una red de servicios de salud mental, integrada a la red sanitaria general, distribuida territorialmente, con el enfoque de salud familiar y comunitaria busca otorgar un acceso y flujo expedito para la mejor atención de su población.

En cuanto al trabajo comunitario, el Servicio de salud Talcahuano (SST) ha impulsado fuertemente el desarrollo de agrupaciones de usuarios y familiares, autónomas y con capacidad de autogestión, basadas esencialmente en los principios de la rehabilitación con base comunitaria (RBC).



El proyecto educativo de la escuela de Terapia Ocupacional de la Universidad Andrés Bello (UNAB), se plasma en la formación de terapeutas ocupacionales de excelencia, con un alto compromiso social, propositivos y con pensamiento crítico desde una formación valórica y ética sustentada en los derechos humanos y el respeto a la diversidad, orientado a promover el bienestar de las personas y comunidades a través de la ocupación, hacia grupos vulnerados, personas en situación de discapacidad o con problemáticas en el desempeño ocupacional, contribuyendo de esta manera a una sociedad más participativa, justa y democrática.

Considerando lo anterior, se establece una alianza cuya sintonía y práctica está pensada para otorgar beneficios mutuos. Para los equipos de trabajo y los administradores de los servicios respectivos, sería una oportunidad para aumentar las prestaciones, mejorar la cobertura de atención, conformar y fortalecer los equipos de salud mental e incorporar nuevas estrategias de rehabilitación psicosocial. Es precisamente en este último punto, en el cual se presenta la oportunidad de aportar desde la perspectiva social de Terapia Ocupacional, ya que sería posible impulsar la participación de los usuarios y sus familias, fomentar la inclusión social, con un enfoque basado en los derechos humanos y fortalecer prácticas interventivas desde el enfoque comunitario.

## **2. Objetivos de la experiencia**

1. Incorporar un enfoque de derechos y social en las prácticas de rehabilitación psicosocial comunitaria desarrolladas por los equipos de salud mental donde se instala un TO con funciones docente asistenciales
2. Promover una estrategia colectiva, conformada por los docentes, estudiantes, sujetos de atención, familiares, comunidad y equipos de salud mental para el desarrollo de acciones dirigidas a la inclusión social, laboral y educativa en los contextos locales.
3. Fortalecer los vínculos de los equipos de salud mental, los sujetos de atención y sus familias con el intersector local y territorial

## **4. Fundamentos**

Los conceptos teóricos en los cuales se sustenta la experiencia son: Terapia Ocupacional Social, enfoque basado en Derechos, enfoque Comunitario e intersectorialidad.

### **4.1 Terapia Ocupacional Social**

Los conceptos de globalización, neoliberalismo y mercado, y sus consecuencias en las condiciones de vida y subjetividades de los grupos vulnerados, son acepciones que en Terapia Ocupacional son cada vez más analizadas y reflexionadas en los debates disciplinares y profesionales, debido a la

limitación cada vez mayor de grupos de personas, comunidades y colectivos que quedan excluidos de los intercambios simbólicos y materiales, que se llevan a cabo en estos procesos. (Guajardo, 2012)

Desde esta perspectiva, el movimiento de Terapia Ocupacional Sin Fronteras desarrolla una perspectiva político-social de Terapia Ocupacional, donde la desigualdad, vulneración social, exclusión social, apartheid ocupacional, injusticia ocupacional, pobreza, violación de los derechos humanos, se tornan relevantes al momento de intervenir ya que corresponden a emergentes sociales de una etapa marcada por la globalización, el neoliberalismo y el mercado. (Herrera, Valderrama. 2013)

En la actualidad sin duda la TO se expande a diferentes temáticas emergentes, dadas por diferentes realidad sociales. La TO inicia su dialogo obligatorio con el ámbito de lo social. Por lo tanto a partir de los años 90 se intenta llevar a cabo una TO social, que obedezca a las necesidades reales de esta época, a partir de aquí que Chile tome como referencia el Colectivo de Terapia Ocupacional sin fronteras que definen la Terapia Ocupacional como disciplina que emerge bajo condiciones socio-históricas, que guardan relación con los procesos de democracia, ciudadanía, derechos humanos etc., que indudablemente influyen o repercuten en que la Terapia Ocupacional como disciplina se vuelque hacia una visión más política, social y ética, asumiendo las problemáticas sociales dentro de su campo de intervención no desde una perspectiva individual u homogénea, sino con una mirada más amplia y crítica, tomando en consideración las necesidades de las comunidades.

Desde aquí, a nivel nacional, Morrison, Olivares, Vidal (2011) plantean que la perspectiva única de la ocupación como fenómeno individual proveniente del paradigma de la ocupación, no es concordante con las necesidades de las sociedades ni comunidades, ni responden de manera adecuada a los nuevos campos de acción de los terapeutas ocupacionales. Es por esto que plantean que la Terapia Ocupacional se encuentra inmersa en el cuarto paradigma de la profesión: el Paradigma Social de la Ocupación, en el cuál la ocupación es considerada como un fenómeno social, situado localmente, sistémico, complejo, que involucra ámbitos más allá de lo sanitario, como es lo político, lo económico, lo social, que busca la justicia y el bienestar del sujeto colectivo.

Por su parte, y desde una perspectiva crítica, Guajardo (2014) propone una ruptura con los fundamentos dominantes en TO, y que la nueva TO se oriente a prácticas liberadoras, una TO producida desde las prácticas, desde la experiencia cotidiana, situada localmente.

La Terapia Ocupacional Social no es un modelo de acción, es una mirada, una visión ética, política y cognoscitiva para analizar y resolver los problemas de los sujetos a los cuáles la disciplina interviene. Días, Garcez y Esquerdo (2007), citado en Herrera, Valderrama (2004):

“establecen tres consideraciones relevantes en el ámbito de la Terapia Ocupacional social: primero, avanzar del conocimiento especializado a la pluralidad de los conocimientos sobre los asuntos sociales. Segundo, las acciones de los sujetos no pueden estar disociadas de su cultura y contexto y por último, la acción de la Terapia Ocupacional debe dirigirse al marco de la vida cotidiana de los sujetos” (p. 2)

Para la Terapia Ocupacional Social Crítica, según Herrera y Valderrama (2014), en el plano de lo interventivo adquieren relevancia temas como la naturaleza política de la disciplina, lo ético en el sentido de vincularse a la necesidad de los más vulnerados para comprender la realidad, la inclusión y



exclusión social, la participación ocupacional y social, la concientización y develación de los abusos de poder, entre otros.

Por su parte, Galheigo (2007) propone que los objetivos de la Terapia Ocupacional Social apuntan a lograr en los sujetos: el empoderamiento, la emancipación, la construcción de la subjetividad, la acción colectiva y la ciudadanía. Todo esto desde un enfoque crítico centrado en los ámbitos políticos, culturales, éticos, económicos, sociales.

Considerando las conceptualizaciones mencionadas, es posible señalar que a partir de esta perspectiva social de la Terapia Ocupacional, existe gran sintonía con las necesidades y problemas que se enfrentan en esta experiencia, y por sobretodo implica tensionar prácticas tradicionales o hegemónicas en el campo de la salud mental.

De esta forma, la TO Social implica llevar a la práctica las temáticas que la componen, entre ellas el enfoque de derechos, la inclusión social y la ciudadanía

## **4.2 Enfoque basado en derechos**

Según lo planteado por Jiménez (2007), el enfoque de los derechos humanos es entendido como un Proceso, un Medio, como una "forma de ver" y "manera de hacer" para lograr la concreción de esos derechos. Un enfoque de derechos apunta a los principios de integralidad, interdependencia y complementariedad de los derechos, lo que quiere decir que unos derechos dependen de otros, y que la vulneración de uno afecta a otro, así como la realización de un determinado derecho se relaciona con la satisfacción de otro.

Además, esta perspectiva apunta a la concreción o materialización real de los derechos y la atención a grupos marginados, mediante el diseño e implementación de políticas públicas tendientes al desarrollo humano, en el marco de un proceso de concertación entre Estado y sociedad civil.

Abramovich (2006) plantea que, en líneas generales, el enfoque basado en derechos considera que el primer paso para otorgar poder a los sectores excluidos es reconocer que ellos son titulares de derechos que obligan al Estado. Por tal razón lo fundamental es el reconocimiento, por parte del Estado, de las personas en situación de discapacidad mental o psíquica, como sujetos de derecho.

Es importante señalar, que el rol del Estado corresponde a generar condiciones jurídicas, estructurales y simbólicas para el reconocimiento de las personas en situación de discapacidad mental o psíquica. Con ello no quiere decir, que otros actores no sean convocados a promover y proteger el ejercicio de los derechos de las personas en situación de discapacidad. En tal sentido, esta experiencia se enmarca en una relación de lo público y privado en sintonía y sinergia con el respeto a los derechos humanos de los sujetos de intervención.

En Chile, luego de la adscripción a la Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad, surge la ley 20.422, la cual establece “Normas sobre la Igualdad de Oportunidades e Inclusión Social de Personas con Discapacidad”. Esta ley entró en vigencia el 10 de febrero 2010, (SENADIS, 2010). En relación a la experiencia desarrollada, es posible señalar que se adscribe a los siguientes derechos proclamados en la Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad: Derecho a la salud (art. 25), Derecho a la habilitación y rehabilitación (art. 26), Derecho a la Participación en la vida cultural, las actividades recreativas, el esparcimiento y el deporte (art. 30)

### **4.3 Enfoque Comunitario**

El enfoque comunitario, desarrollado por Martínez (2006), refleja una opción epistemológica que considera una perspectiva amplia y por tanto aplicable a una gran diversidad de ámbitos y disciplinas que tienen por preocupación “la comunidad”. Este enfoque tiene una preocupación por los mundos compartidos, por los sistemas naturales en donde viven y habitan las personas; también tiene una preocupación por los diálogos, conversaciones y articulaciones que se gestan entre las esferas institucionales y las esferas comunitarias, de ahí la relevancia de nuestra utilización para la práctica propuesta en el trabajo desarrollado.

Desde una dimensión ontológica entendemos lo comunitario como un “estar en común en el mundo”, donde los sujetos son actores sociales en esencia ocupacionales y comunitarios, donde estos siempre están en relación a otros, en un campo social de alteridad, los unos con los otros, conformando siempre un nos-otros. La relación con los otros, en espacios cotidianos se comprenderá como el Mundo de la Vida.

El Mundo de la Vida es conceptualizado por Husserl (1984) citado en Herrera (2010), como:

el mundo de la experiencia concreta pre-científica donde el hombre se instala, actúa, construye proyectos y se realiza como científico, como político, como creyente...En ese mundo somos objetos entre los objetos y en el polo opuesto, sujetos egológicos ideológicamente referidos a ese mundo como quienes lo experimentan, valoran, se preocupan... (p. 260)

Por lo tanto, en el Mundo de la Vida se resuelven los problemas, no es en otro lugar ni espacio donde esto es posible, las necesidades de salud, rehabilitación, crianza, socialización, educación, vivienda, entretención, apoyo calidad de vida y seguridad. Es en este espacio donde lo institucional y los intereses de los sujetos individuales y sujetos sociales se desarrollan, se encuentran, se pertenecen.



#### **4.4 Intersectorialidad**

Esta experiencia se enmarca a partir de una alianza entre docentes de la UNAB y los equipos de salud mental de la red de salud mental del SST, la cual ha permitido el dialogo entre ámbitos que generalmente trabajan de forma independiente, con el propósito mutuo de desarrollar prácticas comunitarias, participativas e inclusivas en conjunto con los sujetos de intervención y sus familias.

El Plan nacional de Salud Mental (2000), como un instrumento técnico normativo, fomenta el trabajo comunitario, intersectorial y ambulatorio. Por otro lado, establece como criterio de calidad, que la atención se realice fuera de los espacios y establecimientos de salud, argumento suficiente para incorporar espacios comunitarios e intersectoriales para el desarrollo de esta experiencia.

Por último, la presencia de un convenio docente asistencial Marco entre la UNAB y el SST de carácter indefinido, proporciona las condiciones ideales para desarrollar un trabajo a largo plazo, que favorezca los procesos de intervención de los usuarios. Tal como lo recomienda (CEPAL, 2011) es fundamental institucionalizar la colaboración interinstitucional por medio de convenios formales, requisito que conlleva, a su vez, la necesidad de contar con herramientas legales que posibiliten su establecimiento y faciliten su puesta en práctica y control.

### **5. Metodologías de Trabajo**

En este punto, es importante establecer que es necesario hacer una distinción, entre la metodología que se consideró para elaborar este documento y la metodología que se implementó para desarrollar la práctica desde una Perspectiva Social, ya que ambas están articuladas, en cuanto a que promueven la reflexión a partir de la práctica

#### **5.1 Construcción del documento**

Para elaborar este documento se tomó como referencia lo propuesto en las Primeras Jornadas de Salud Mental Comunitaria 2014<sup>8</sup>, espacio en el que fue presentada esta experiencia, que consiste en un modelo basado en el análisis de "buenas prácticas", el cual ha demostrado ser útil en diversas áreas de la salud comunitaria. De esta forma se facilita el proceso de difusión de la experiencia, su

---

<sup>8</sup> Estas Jornadas se realizaron los días 9 y 10 de Octubre del año 2014, en las dependencias de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. Los organizadores fueron la escuela de salud pública de la Universidad de Chile



análisis crítico y reflexivo, así como su potencial transferencia a otros lugares. A su vez, el formato de presentación de "buenas prácticas" ayuda al equipo a presentar en forma ordenada su experiencia, al mismo tiempo que los invita a hacer un análisis reflexivo de su propia práctica.

La estructura de este modelo, considera los siguientes elementos

1. Problema que motivó el desarrollo de la experiencia. Se trata de describir con el mayor detalle posible cuál o cuáles fueron los problemas que el equipo identificó y que dieron origen a las acciones que fueron emprendidas (y que conforman la experiencia que se presenta).
2. Contexto donde se desarrolla la experiencia. Aquí se trata de describir el contexto comunitario y organizacional específico, dentro del cual se desarrolló la experiencia. Esto es importante para el análisis posterior de la potencial transferencia de esta experiencia a otros lugares.
3. Objetivo de las acciones realizadas. Se debe describir en forma precisa cuál o cuáles fueron los objetivos que las acciones realizadas, lo cual debe ser consistente con la búsqueda de solución a los problemas descritos en el primer punto.
4. Descripción de las acciones realizadas. Aquí se debe describir en forma detallada todas las acciones y actividades que fueron realizadas. Esta descripción debe contener los aspectos más relevantes de las acciones hechas y ser suficientemente detalladas como para permitir una buena comprensión de lo realizado.
5. Logros obtenidos. Se trata de describir los logros que fueron producto de las acciones efectuadas y que tienen relación con los objetivos propuestos. También es posible que hayan otros logros y que no fueron planificados inicialmente. Se debe intentar utilizar indicadores que permitan fundamentar estos logros.
6. Factores facilitadores y obstaculizadores. Aquí se trata de describir las situaciones o factores que actuaron como facilitadores (6.a.) o como obstaculizadores (6.b.) del desarrollo de las actividades y el logro de los objetivos. Junto con describirlos, es importante señalar de qué forma actuaron sobre las actividades y qué se hizo al respecto. Es relevante señalar cuando un factor obstaculizador jugó un rol importante y no pudo ser modificado.
7. Análisis de la experiencia. En este punto se debe realizar un análisis de los siguientes tópicos, los cuales se refieren a aspectos relevantes para que esta experiencia sea utilizada en el desarrollo de políticas, planes y servicios.
  - a. Innovación. Se debe plantear en qué medida y en qué ámbitos, esta experiencia implica introducir innovaciones en la práctica de la salud mental comunitaria.
  - b. Factibilidad. Se debe analizar qué recursos son necesarios para obtener los logros en una experiencia de este tipo y que deberían ser considerados si se quisiera reproducirla en otras partes. Los recursos pueden ser de diverso tipo (recursos humanos, competencias específicas, recursos físicos y financieros, recursos de gestión y liderazgo, recursos comunitarios, etc.).
  - c. Sostenibilidad. Se debe señalar en qué medida esta experiencia es sostenible en el tiempo y de qué factores depende esta sostenibilidad.
  - d. Transferibilidad. En este acápite se debe señalar en qué medida esta experiencia podría ser reproducida en otros lugares, y qué factores o condiciones deben ser tenidas en cuenta para que esto se logre en forma exitosa.



e. Impactos positivos en los usuarios. Aquí se trata de describir cuáles son los efectos o impactos positivos a nivel de los usuarios. Algunas experiencias pueden tener esto como parte de sus objetivos y en ese caso hay que describirlo nuevamente. Pero, pueden haber otras experiencias cuyos efectos sobre los usuarios se logra en forma indirecta y en este caso se debe intentar precisar cuáles serían estos.

f. Reconocimiento externo y de la comunidad. En este punto se debe señalar si la experiencia descrita ha tenido algún reconocimiento por parte de la comunidad y/o por los usuarios, describiendo en qué consistió este reconocimiento y cuáles fueron los aspectos más valorados.

Todos los puntos señalados anteriormente se completaron en reuniones del equipo docente, y en el análisis de los resultados de las actividades académicas realizadas con los estudiantes.

## 5.2 Propuesta metodológica desde una TO Social

Junto con la incorporación de los profesionales Terapeutas Ocupacionales en cada dispositivo señalado, se sumó la presencia de estudiantes de IV y V año de la carrera. Los estudiantes de IV año realizan una pre práctica de 16 semanas, de 2 horas pedagógicas cada una, por semestre para las asignaturas Intervención Psicosocial de TO I y II, y los internos de V año rotaciones de 9 semanas a horario completo.

En ambos casos los estudiantes, guiados y tutoriados por el Terapeuta Ocupacional, deben desarrollar un *diagnóstico situacional*<sup>9</sup>, metodología eminentemente cualitativa, que consiste en identificar las posibles situaciones y las relaciones entre éstas que inciden en la producción de un “problema”. Implica evaluar contexto, recursos, dificultades, etc., de manera de delimitar las posibilidades de acción. La construcción del “problema” se realiza considerando al sujeto (comunidad, colectivo, grupo, familia o individuo) formando parte de un contexto institucional y sociohistórico.

El diagnóstico situacional se compone de 2 partes, el análisis situacional y la propuesta metodológica de Intervención

Los puntos esenciales que debe contener el *análisis situacional* son:

---

<sup>9</sup> El diagnóstico situacional es un instrumento, que lo sustenta la epistemología socioconstruccionista, la cual como señala Montenegro (2001) “... aplicada a la definición de problemas sociales sostiene que estos son producto de procesos de definición colectiva y que se construyen como objetos a través de prácticas y discursos en un marco sociohistórico y cultural que permite ciertas construcciones y no otras. Los problemas sociales son entonces, histórica y contextualmente situados y, además, son construcciones momentáneas y dinámicas” (p. 245). Haraway (1995), citado en Montenegro (2003) en su concepción de los conocimientos situados, sostiene que el conocimiento se crea a partir de conexiones parciales entre posiciones materiales y semióticas (en el que intervienen actores – y actantes – humanos, tecnológicos, “naturales”, híbridos..). Estos conocimientos son parciales ya que surgen a partir de las circunstancias semiótico-materiales de las posiciones y articulaciones particulares que están en continua transformación.

- A. **Marco Institucional:** revisión del marco institucional del programa o contexto en que realizará la intervención, debe incluir: visión, misión, objetivos, metas, línea estratégica, programas y / o acciones. Debe incluir además, revisión de las condiciones históricas, socioeconómicas y culturales del sector donde se ubica el centro.
- B. **Marco Conceptual:** análisis y explicación de los enfoques y teorías sobre el cual el programa o la institución sustenta su acción.
- C. **Modelo del Problema:** es la operacionalización del problema según la Institución. Este debe incluir: definición del problema y su enfoque, configuración del objeto de intervención, evaluación de respuestas institucionales previas, caracterización del sujeto o el grupo afectado, construcción y jerarquización de necesidades.
- D. **Del sujeto individual, grupal y/o familiar.**
  - a. Información general – personal.
  - b. Marco sociohistórico: revisión de las condiciones históricas, socioeconómicas, culturales y psicosociales de la comunidad en la que se sitúa el sujeto de intervención
  - c. Definición del problema para el sujeto.
  - d. Antecedentes biográficos y ocupacionales (médicos, psicológicos, laborales, educacionales).
  - e. Antecedentes familiares (genograma u otros instrumentos).
  - f. Diagnóstico de redes (ecomapa, mapa de red social).
  - g. Evaluaciones específicas: funcionamiento ocupacional, habilidades y roles sociales, AVD, AIVD, intereses, etc.
- E. **Problematización:** es la construcción del (los) problema(s) global(es) a partir del análisis y la reflexión crítica de los antecedentes e información recopilada. Aquí se describe el problema en función a los diferentes niveles y asociaciones que se establecen entre la institución, la caracterización de sujeto y el posicionamiento del sujeto interventor.
- F. **Conclusiones preliminares:** es la presentación de las apreciaciones finales sobre la construcción del diagnóstico situacional. Estas conclusiones deben responder a criterios científicos que se desprenden de la experiencia teórico-práctica. No son juicios valóricos, puesto que debe contener un sustrato teórico.

Los puntos esenciales que debe contener la *Propuesta Metodológica de Intervención* son:

- A. **Modelo de solución:** se trata de un análisis y fundamento teórico de la solución. Se retoma el modelo del problema y se responde con una formulación gráfica del modelo de solución que contenga el enfoque (desde donde se está mirando)
- B. **Situación Esperada:** se definen las opciones de intervención en coherencia con el modelo de solución, debe contener: objetivo general, objetivos específicos, metas o resultados esperados.
- C. **Marco Estratégico:** incluye métodos, técnicas, actividades y cronograma o carta gantt.
- D. **Análisis de Proceso y Resultados:** incorpora el procedimiento y fases de la evaluación. Si ésta será de proceso y/o resultados. Si es un enfoque cuantitativo, debe incluir indicadores y medios de verificación (formas de registro de la actividad, entre otros). Si es cualitativo, debe incluir descripciones e interpretaciones elaboradas por el o la estudiante.

### 5.2.1 Técnicas de recolección de datos



Para la recolección de datos, el diagnóstico situacional se construye a partir de técnicas como entrevistas semiestructuradas a los sujetos de intervención, integrantes del equipo o cualquier actor que se considera clave para el proceso y de la observación participante.

Flores (2009) define las entrevistas semiestructuradas como un proceso comunicacional entre un alter y un ego, de los cuales uno de ellos cumple el rol de entrevistador y el otro el rol de entrevistado, y cuyo objetivo principal es lograr información importante para la investigación que se está desarrollando. El mismo autor señala que la mayor ventaja que posee, es que el entrevistado puede expresar en su propio lenguaje y relatar hechos y experiencias desde su perspectiva, incluyendo cuestiones no previstas por el propio entrevistador, donde además partiendo de las respuestas de los actores se pueden conocer los aspectos afectivos y con carga de valores y también determinar la significación personal de sus actitudes.

Se utilizó la observación participante, en los espacios cotidianos y naturales de los sujetos de intervención, por eso se realizan visitas domiciliarias, a escuelas u otros. Se desarrolla la revisión de material escrito de las unidades que describan la historia, tipos de prácticas desarrolladas previamente.

Según lo planteado por Vieytes (2004, p. 319), en la observación participante, “el observador trata de integrarse a la acción de los observados, de participar en ella como si fuera uno más del grupo”, “... el principal objetivo consiste en lograr una interpretación adecuada de los datos...”

Como especifica el diseño del diagnóstico situacional, es posible la aplicación de otras técnicas e instrumentos estandarizadas, de acuerdo a las necesidades que se generan en el diálogo y articulación de intereses de los actores involucrados.

### **5.2.2 Resultados del diagnóstico**

Los resultados que se presentan provienen de un trabajo que abarca los años 2012 al 2014, periodo en el cuál se ha llevado a cabo estas acciones.

Por medio del desarrollo del diagnóstico situacional, y de acuerdo al modelo basado en el análisis de "buenas prácticas" se pudieron definir los siguientes problemas:

1. Dificultades en la continuidad y articulación de las intervenciones desarrolladas, desde aquellos dispositivos con prácticas de naturaleza clínica y asistencial, hacia los dispositivos que desarrollan prácticas psicosociales, comunitarias y autogestionadas.
2. Falta de prestaciones con enfoque comunitario para población infantojuvenil con problemas y trastornos de salud mental, entre las que podemos mencionar: trabajo con las escuelas, trabajo con y para las familias y terapia con un enfoque de Integración Sensorial.
3. Falta de recurso humano en algunos dispositivos de la red de salud mental del SST para desarrollar la rehabilitación psicosocial comunitaria y acciones de inclusión social, a través de la intersectorialidad.

Una vez realizado y expuesto esta situación a los equipos de trabajo, se analizaron los elementos que podrían favorecer y obstaculizar la implementación de actividades comunitarias en unidades hospitalarias. Entre las primeras, se pueden mencionar:

- a) Equipos de trabajo abiertos a propuestas del orden de lo comunitario y a la incorporación del profesional TO.
- b) Contar con la presencia sistemática de estudiantes de IV y V año que desarrollan el diagnóstico situacional.
- c) Interés en incorporar prácticas dando énfasis al enfoque de derechos y el ejercicio de la ciudadanía.
- d) La red de salud mental del SST, promueve el trabajo comunitario en todos los niveles de atención de ésta.

Entre los posibles obstáculos que impedían realizar un trabajo comunitario por parte de los equipos, podemos mencionar:

- a) Contar con los recursos necesarios, como movilización por parte de la Unidad para las acciones en organizaciones comunitarias, en la Universidad, Municipalidad, etc.
- b) Falta de horas de Recurso humano para destinar a estas acciones.
- c) Prácticas guiadas esencialmente por lógicas biomédicas y asistencialistas.

Considerando todos estos elementos se inicia una serie de acciones para potenciar, fortalecer e instalar prácticas comunitarias en los equipos de salud mental de la red del servicio de salud Talcahuano en los cuales se materializó la alianza, a través de las acciones de intervención desarrolladas por los Terapeutas Ocupacionales de la UNAB.

Cabe destacar que esta experiencia presenta una coordinada alianza entre el mundo académico y el mundo asistencial, que concuerdan en abordar las problemáticas del campo de la salud mental, desde una perspectiva comunitaria y de esta forma contribuir en la atención de las personas en situación de discapacidad psíquica, a la vez que los involucra como sujetos de derechos y protagonistas de sus propios procesos de rehabilitación e inclusión social.

## **6. Estrategias Implementadas**

Es fundamental considerar que, en busca de dar coherencia a la implementación de las estrategias, se establecieron mecanismos de participación conjunta con los sujetos de intervención, con quienes se facilitó la autodeterminación al momento de elegir las acciones a seguir.

Al mismo tiempo, con los equipos de trabajo, se realizaron jornadas de reflexión y acuerdos en torno a los resultados anteriormente señalados, con el objeto de dialogar en tanto el significado y oportunidades que entregaban estos análisis, y para negociar y acordar las estrategias para dar solución de las necesidades de los sujetos de intervención y del propio equipo de trabajo. En dichas reuniones, los estudiantes junto al asesoramiento del docente guía preparan una presentación con entrega de un Informe del diagnóstico situacional.

Los estudiantes reciben, durante el proceso de intervención, tutorías por parte de un docente de la escuela.

Como lo plantea Galheigo (2012), el equipo académico (docentes y estudiantes) se transforma en articuladores sociales; entre los equipos de trabajo, los usuarios y familiares, y al mismo tiempo, los



estudiantes y académicos son influenciados por las necesidades, saberes, prácticas, intereses de estos actores sociales. Lo que permite un proceso de aprendizaje mutuo, dinámico y recíproco.

Lo anterior gráfica la complejidad de la experiencia en cuanto a la articulación de varios actores, intereses; y con variedades de poder, en cuanto a la toma de decisión e influencia sobre los otros grupos. Sin embargo, ha sido posible desarrollar una experiencia variada con una diversidad de acciones concretas, como las que se mencionan a continuación:

- 1) Talleres grupales, caracterizados por el sentido y significado que le entregan los propios sujetos de intervención, entre los cuales podemos señalar:
  - Taller Eco social con usuarios y Familiares, en el cual se rescata el saber popular con respecto a las propiedades curativas y paliativas de plantas comunes.
  - Taller de Mosaico, desarrollado para fortalecer la autogestión y cohesión social.
  - Taller de Deportes, utilizando las instalaciones municipales, con la participación de los equipos de salud mental.
  - Taller de familia, en instalaciones de la oficina de la discapacidad de la comuna de Tomé y con la participación de la encargada de dicha unidad.
- 2) Utilización permanente de espacios habilitados adecuadamente para intervenciones específicas en población infanto juvenil, como es el caso del taller de Integración Sensorial ubicado en la sede de la Universidad, al cual acceden niños y adolescentes y sus familiares o cuidadores pertenecientes a los hospitales de Lirquen, Tome y Las Higueras. Algunos de ellos se trasladan por cuenta propia, otros son trasladados por el equipo de salud mental móvil del SST, otros por la Municipalidad.
- 3) Articulación de red comunitaria para favorecer la inclusión intersectorial de usuarios y familiares, a nivel local, ocupando espacios de convivencia comunitaria como Gimnasios Municipales, OMILs, Oficinas Comunales de la discapacidad.
- 4) Creación de grupos de autoayuda y organizaciones sociales, entre las que podemos mencionar la Agrupación Brote de Esperanza y la Agrupación Aprendiendo con Amor.

## **7. Resultados de la Experiencia**

Los impactos de esta experiencia articuladora entre el mundo académico y la red de salud mental, están pensados principalmente en el aporte que entrega al bienestar de los sujetos de intervención, como sujetos de derecho. En tal sentido, podemos mencionar que los impactos son los siguientes:

- Mayor participación de los usuarios y sus familias en los procesos de intervención, como agentes activos en el tratamiento, rehabilitación e inclusión, identificando y activando sus propias fortalezas y recursos.
- Reconocimiento por parte de los usuarios y sus familiares, de ser sujetos de derecho, y la valoración de lo cotidiano y lo comunitario como un espacio de rehabilitación e inclusión social favorable.

- Mejoras en el bienestar subjetivo y relacional que promueve un bienestar clínico.
- Desestigmatización en los espacios cotidianos y comunitarios locales, que promueve la inclusión social.
- Politización de los sujetos de intervención (padres, cuidadores y usuarios), a través de la colectivización y el ejercicio de ciudadanía, dialogando, demandando y proponiendo a las autoridades hospitalarias, en primera instancia y luego comunales.

A lo anterior es relevante visibilizar el aporte de esta experiencia a los equipos de salud mental y al equipo académico, conformado por los docentes y estudiantes de la escuela:

- Ha sido posible la incorporación a las prácticas habituales de los equipos de salud mental, prácticas con enfoque social, con participación de los distintos actores (profesionales, técnicos, sujetos de intervención, estudiantes) y fomento de la inclusión social.
- Ha permitido el acercamiento de los estudiantes y docentes a los elementos políticos – éticos de una TO Social, y al aprendizaje de articular éstos, con aquellos elementos técnicos – conceptuales.

## **8. Reflexiones Finales**

La práctica profesional de la Terapia Ocupacional Social, presenta una serie de desafíos, los cuales son cada vez más complejos, debido a que en la mayor parte de los campos de acción, en los cuales se desarrolla la disciplina, se presentan prácticas dominantes, pertenecientes a epistemologías funcionalistas, de carácter “cientificistas” y con un orden jerárquico de aplicación. El efecto de éstas en los usuarios, equipos de trabajo, familiares, comunidad produce actitudes asistencialistas, de baja participación y consideración de motivaciones

Por lo anterior, instalar prácticas desde esta perspectiva Social de Terapia Ocupacional, implica dialogar con los actores sociales involucrados en una situación a resolver, implica articular intereses tanto individuales como colectivos, se requieren herramientas de gestión, administración, saberes técnicos, pero preferentemente voluntad y acción político-ética, lo que contrarreste la idea romántica de situar a la disciplina en su sola dimensión técnica-práctica de su hacer directo con las personas.

Esta experiencia entrega mayor conciencia sobre el rol de la universidad en el mundo actual, evidencia el compromiso y su impacto en el fortalecimiento de las instituciones primordialmente públicas, la relevancia que puede estar jugando la Terapia Ocupacional como dispositivo de transformación y bienestar para sujetos y sus comunidades.

Para lo anterior, es necesario formalizar alianzas interinstitucionales, que comprometan y otorguen las condiciones para continuar construyendo transformaciones, a través de articulaciones desde diferentes posiciones, de los equipos, de los estudiantes, los docentes y los usuarios.



En lo más práctico, los desafíos para los años venideros están enfocados en la posibilidad de formar y capacitar a los equipos de salud mental en temas como: intervención psicosocial comunitaria, enfoque de derechos y políticas públicas, gestión y articulación de redes sociales.

## REFERENCIAS

1. Abramovich, V. (2006). Una aproximación al enfoque de derechos en las estrategias y políticas de desarrollo. Santiago, Revista de la CEPAL, 88, 35-50.
2. Barros, D. Garcez, M. Esquerdo, R. (2007). Terapia ocupacional en el ámbito social: aclarando conceptos e ideas. En F. Kronenberg, S. Simó y N. Pollard. *Terapia Ocupacional Sin Fronteras: Aprendiendo del espíritu de supervivientes* (pp. 141 – 153). Buenos Aires: Médica Panamericana
3. Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2011). *Protección social inclusiva en América Latina: Una mirada integral, un enfoque de derechos*. Santiago: Cecchini S. y Martínez R.
4. Chile, Ministerio de desarrollo Social, (2010). *Manual sobre la Ley N°20.422 que Establece Normas sobre Igualdad de Oportunidades e Inclusión Social de Personas con Discapacidad*. Santiago: Servicio Nacional de Discapacidad
5. Chile, Ministerio de Salud. (2000). *Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría*. Santiago: Departamento de Salud Mental
6. Flores, R. (2009) *Observando observadores: una introducción a las técnicas cualitativas de investigación social*. Santiago: Ediciones Universidad Católica de Chile
7. Galheigo, S. (2007). Terapia Ocupacional en el ámbito social. En F. Kronenberg, S. Simó y N. Pollard, *Terapia Ocupacional Sin Fronteras: Aprendiendo del espíritu de supervivientes* (pp. 85 – 97). Buenos Aires: Médica Panamericana
8. Galheigo S. (2012). Perspectiva crítica y compleja en terapia ocupacional: actividad, cotidiano, diversidad, justicia social y compromiso ético-político. *Revista de Terapia Ocupacional Galicia*. 9(5), 176-189. Disponible en <http://www.revistatog.com>.



9. Guajardo, A. (2012). Enfoque y praxis en Terapia Ocupacional. Reflexiones desde una perspectiva de la Terapia Ocupacional crítica. *Revista de Terapia Ocupacional Galicia*. 9(5), 18-29. Disponible en <http://www.revistatog.com>.
10. Guajardo A. (2014). Debates sobre la producción del conocimiento en Terapia Ocupacional. En contra de una nueva Escolástica. *Cuadernos de Salud Pública*, 2(88), 33 – 59.
11. Herrera D. (2010). Husserl y el Mundo de la Vida. *Franciscanum. Revista de las ciencias del espíritu*. 3(153), 249–273.
12. Herrera M, Valderrama C. (2013) Genealogía de un dispositivo: Historia Crítica de la Terapia Ocupacional en Chile. (Tesis de Magister), Universidad Andrés Bello, Santiago.
13. Jiménez G (2007). El Enfoque de los Derechos Humanos y las Políticas Públicas. Universidad Sergio Arboleda. 7, 31-46.
14. Martínez V. (2006). *El enfoque comunitario. El desafío de incorporar a la comunidad en los problemas sociales*. Publicación Magister en psicología comunitaria, Facultad de ciencias sociales, Universidad de Chile
15. Montenegro M. (2001). Conocimientos, agentes y articulaciones, Una mirada Situada a la Intervención Social. (Tesis de Doctorado). Universidad Autónoma de Barcelona. España.
16. Montenegro M. y Pujol J. (2003). Conocimiento Situado: Un Forcejeo entre el Relativismo Construccionalista y la Necesidad de Fundamentar la Acción. *Revista Interamericana de Psicología*, 37(2). 295-307.
17. Morrison, R. Olivares, D. y Vidal, D. (2011). La filosofía de la Ocupación Humana y el paradigma social de la ocupación. Algunas reflexiones y propuestas sobre epistemologías actuales en Terapia Ocupacional y Ciencias de la Ocupación. *Revista Chilena De Terapia Ocupacional*, 11(2). 102-119. Disponible en: <http://www.revistas.uchile.cl/index.php/RTO>.
18. Organización Naciones Unidas (2006). Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y Protocolo Facultativo. Nueva York
19. Vieytes, R. (2004). *Metodología de la Investigación en Organizaciones, Mercado y Sociedad. Epistemología y Técnicas*. Buenos Aires: Editorial de las Ciencias